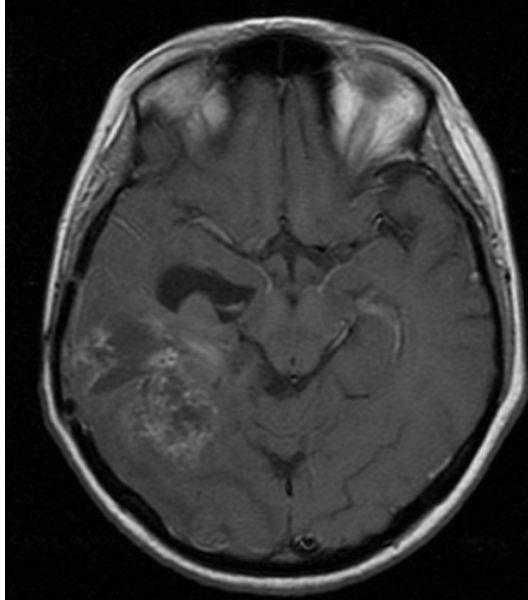
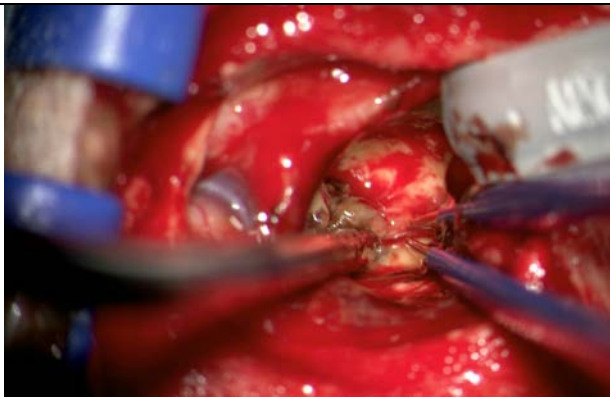


**Глиомы головного мозга** – гетерогенная группа опухолей, возникающих из глиальных клеток центральной нервной системы, расположенные внутри мозговой ткани. Глиомы разделяют на две гистопатологические подгруппы – высокой и низкой степени злокачественности (LGG и HGG соответственно). Низкодифференцированные глиомы (т.е. высокой степени злокачественности), такие как глиобластома и анапластическая астроцитома, являются чрезвычайно агрессивными образованиями и представляют собой наиболее распространенный вариант первичных злокачественных опухолей головного мозга.

Оперативное лечение при глиомах преследует несколько целей. В первую очередь, это удаление максимально возможного объема опухоли для устранения сдавления прилежащей мозговой ткани и, при возможности тотальной резекции, снижения вероятности возникновения рецидива. Так же важной целью является получение материала для гистологического и иммуногистохимического исследований для оценки прогноза и решения вопроса о назначении химио- и лучевой терапии после проведенной операции.

Хирургическое лечение глиом требует тщательного предоперационного планирования, прецизионной интраоперационной навигации и высочайшей подготовки хирургической бригады ввиду возможности расположения опухоли вплотную или с прорастанием проводящих путей и базальных структур головного мозга (таких как ядра серого вещества), что в полной мере воплощено в нашей клинике.

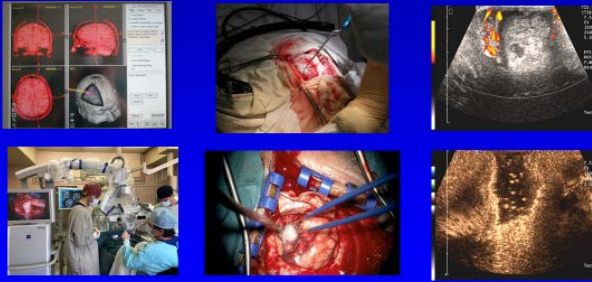
	
МРТ картина глиобластомы правого	Микрохирургическое удаление узла

полушария головного мозга

глиобластомы

**Хирургическое лечение глиомы ГМ**

*Этапы оперативного вмешательства с использованием нейронавигации и УЗИ-навигации*



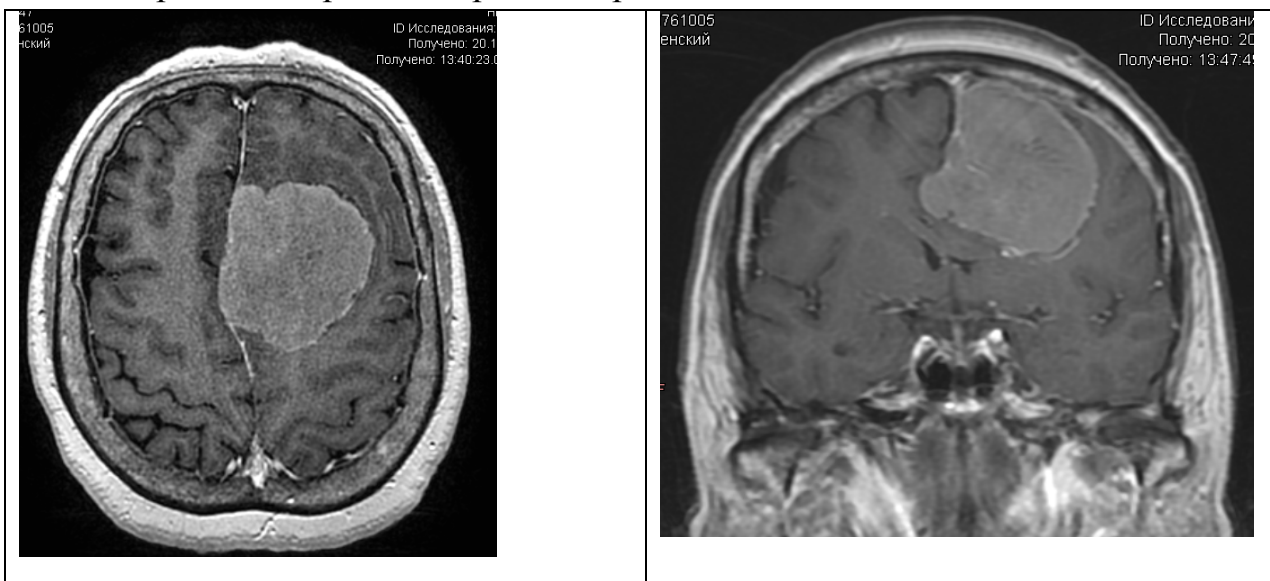
Микрохирургическое удаление глиобластомы под интраоперационным УЗИ и нейронавигацией

**Менингиомы** – относительно медленно растущие опухоли, возникающие из клеток арахноидальной оболочки. Менингиомы составляют 13-26% от всех внутричерепных опухолей. Большинство менингиом доброкачественные, относятся к классу grade I по классификации ВОЗ. Атипичные менингиомы (grade II по ВОЗ) составляют 5-7% случаев, злокачественные (grade III по ВОЗ) возникают с частотой ниже 1,7 случаев на 1000000 населения в год.

Частота возникновения менингиом увеличивается с возрастом и достигает пика на шестой-седьмой декаде жизни. У женщин данные образования встречаются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. В качестве предрасполагающих факторов рассматриваются гормональные расстройства, наличие нейрофиброматоза 2 типа, ионизирующее облучение.

В большинстве своем менингиомы достигимы и хорошо удаляются с помощью микрохирургической техники. Отдельную хирургическую проблему представляют только менингиомы основания черепа, особенно сфенопетроклиальные и задней черепной ямки, ввиду расположения в этих областях черепных нервов и магистральных кровеносных сосудов.

В нашей клинике в подавляющем большинстве случаев после проведенной операции пациенты имеют хороший функциональный результат и благоприятный прогноз. Средний срок госпитализации около 7-8 дней.



МРТ пациента с гигантской парасагиттальной менингиомой передней трети



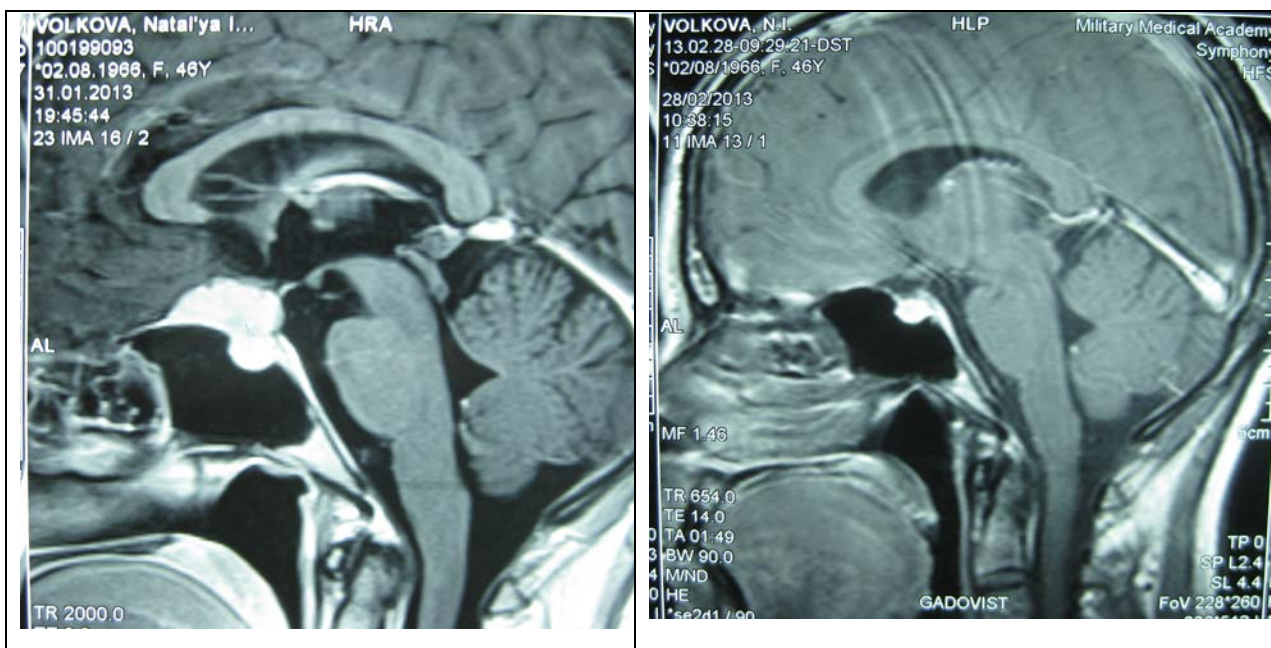
Интраоперационные фото этапов удаления

Гемостаз в ложе удаленной менингиомы



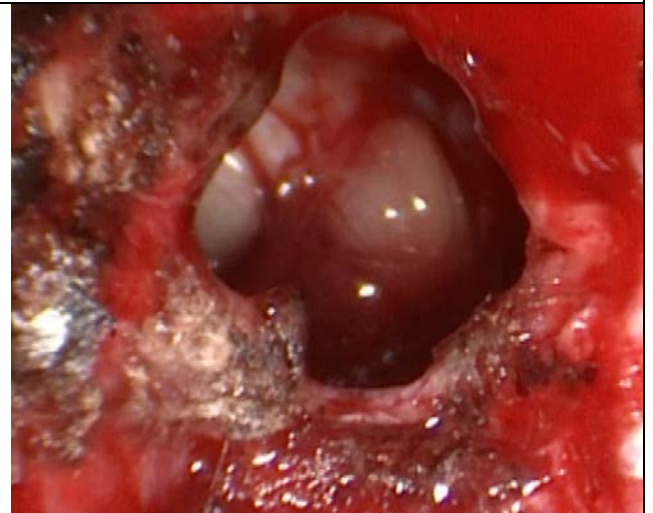
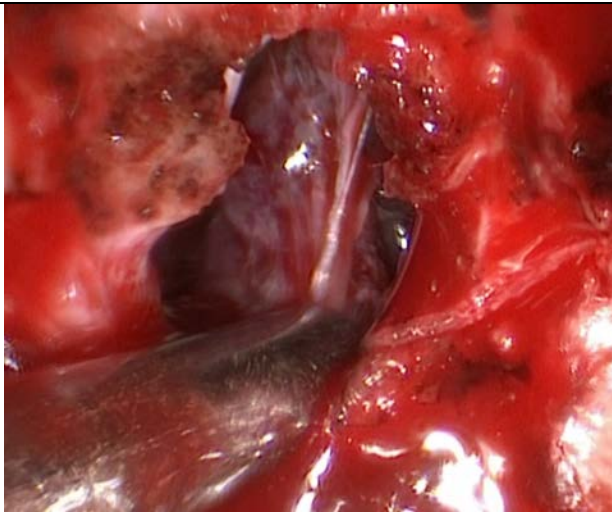
Удаление менингиомы ЗЧЯ проводит проф. Черемилло

Для удаления ряда базальных менингиом в современных условиях используются минимально-инвазивные эндоскопические доступ через нос.



МРТ-картина до и после эндоскопического трансфеноидального удаления менингиомы

бугорка турецкого седла



Этапы эндоскопического удаления менингиомы через нос

Эндоскопический осмотр ложа удаленной опухоли основания черепа



Эндоскопическое удаление опухоли основания черепа